



**ПАМЯТКА ПО ОЗНАКОМЛЕНИЮ С ФАКТОРАМИ РИСКА
И ПРИЗНАКАМИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, А ТАКЖЕ МЕТОДАМИ
ИХ ПРОФИЛАКТИКИ**

*Научно-практический центр профилактики суицидов
и опасного поведения несовершеннолетних
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России*

Самоубийства занимают второе место, как причины смерти, в детском и подростковом возрастах и десятое – среди всех возрастных групп. Ежегодно кончают жизнь самоубийством 1,2 миллиона подростков. Скачок уровня суицидов отмечается между ранним подростковым и молодым возрастом¹. Суицид – вторая по распространенности причина смерти в возрасте 15-29 лет². По другим данным, самоубийство является третьей по значимости причиной смерти молодых людей в возрасте 10-19 лет во всем мире³, и уровень самоубийств среди молодежи (15-19 лет) растет быстрее, чем среди населения в целом (45% против 26%)⁴. Подростковый возраст знаменует собой начало и быстрое развитие многих психических расстройств (например, депрессии, тревоги), которые способствуют повышенному риску самоубийства⁵. Повышенный риск суицида наблюдается в период с 12 до 17 лет, на каждую смерть от самоубийства среди молодежи приходится от 50 до 100 попыток суицида⁶. По всему миру показатели смертности от суицида в этой возрастной группе выше у юношей, чем у девушек. Суицидальные мысли редко фиксируются у детей до 10 лет, но резко учащаются в 12-17 лет⁷. Многие взрослые суициденты думали или пытались покончить с собой еще подростками⁸, что подчеркивает важность ранней профилактики суицидального поведения. Важной составляющей динамики развития суицидального поведения

¹ National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. WHO, 2018

² Rodway C., et al. Suicide in children and young people in England: a consecutive case series. Lancet Psychiatry. 2016; № 3. P. 731-79. Published Online May 25, 2016. doi: doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30094-3

³ Adolescent mental health: reasons to be cheerful. The Lancet Psychiatry. 2017. Vol. 4(7). P. 567.

⁴ Griffin E., et al. Increasing rates of self-harm among children, adolescents and young adults: a 10-year national registry study 2007-2016. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018. Vol. 53(7). P. 663-671.

⁵ Boden JM., Ferguson D.M., Horwood L.J. Anxiety disorders and suicidal behaviors in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. Psychological Medicine. 2007. Vol. 37(3). P. 431-440.

⁶ Nock MK., et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. JAMA Psychiatry. 2013. Vol. 70(5). P. 300-310

⁷ Shan B. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. Pediatrics. 2016. Vol. 138(1).

⁸ Glenn CR, Lenzillo EC, Esposito EC, et al. Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. J Abnorm Child Psychol. 2017; 45(5):971-83.

⁹ Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56(1): 617-26. [PubMed]

являются акты самоповреждения. Считается, что средний показатель самоповреждающего поведения составляет 10%-13%. Причем среди европейских подростков девушки в среднем в три раза чаще говорят о случаях самоповреждения, чем юноши⁹. На основании опроса около 4000 подростков 3 регионов России процент риска самоповреждающего поведения колебался от 12% до 25%, в зависимости от региона¹⁰.

В России, после периода постоянного снижения количества суицидов несовершеннолетних до 2015 года, в 2016-2018 гг. отмечалось увеличение их числа. По данным Росстата, в 2017 г. коэффициент частоты завершенных суицидов среди детей 10-14 лет составил 1.6 на 100 000 лиц этого возраста (в 2 раза больше среднемирового показателя), а среди подростков 15-19 лет - 8.4 на 100 000 ровесников (на 13.5% больше, чем в мире). При этом, соответствующий показатель в сельской местности (2.3 на 100 000) превышает таковой у подростков, проживающих в городах (0.8 на 100 000), в 2.9 раза.

Факторы риска развития суицидального поведения

Сочетание внешних нарастающих проблем и внутренней нестабильности, неспособность справиться со стрессовыми сложными ситуациями приводит к социальной и психологической дезадаптации несовершеннолетних, а в значительной части случаев – к развитию психопатологических состояний. Все это в совокупности может способствовать аутоагрессивному поведению несовершеннолетних и, в конце концов, совершению самоубийства¹¹.

Условно можно выделить три группы взаимосвязанных факторов, участвующих в динамике развития суицидального поведения: *потенциальные (создающие почву), триггерные (стрессовые события запускающие динамику), актуальные (связанные с суицидальным кризисным состоянием).*

Потенциальные факторы суицидального поведения

- *Суицидальные попытки в истории жизни* один из основных факторов прогнозирования возможных повторных суицидальных попыток. Наибольший риск повторной попытки приходится на первые 3-6 месяцев¹². 20% пытавшихся покончить жизнь самоубийством могут предпринять суицидальную попытку в течение первого года, а 5% совершают самоубийство в течение 9 лет¹³.

- *Акты самоповреждения, скрываемые, постоянные.* Самоповреждения

⁹ O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K. Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland. *Journal of Affective Disorders*. 2014. Vol. 159 P. 46-52.
¹⁰ Вязников Г.С., Павлова Т.С., Федункина Н.Ю., Вяткинских О.В., Галзова Т.А., Балабанова М.Д. Раннее выявление потенциальных и актуальных факторов риска суицидального поведения у несовершеннолетних. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 82-91.
¹¹ Макушкин Е.В., Балашова В.Д., Дозорцева Е.Г., Сароказашина К.В., Ошевский Д.С., Чибикова Н.А., Терехина С.А. Возрастные особенности психического развития и состояния несовершеннолетних, совершивших завершённые суициды. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019; 119:5 вып. 2: 20-24.
¹² Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychology Sci.Practice*. 1996; 3: 23-36.
¹³ Owens D., Horrocks J., Hoare A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002; 181: 193-9.

могут стать предшественниками «истинного» самоубийства¹⁴.

- **Психические нарушения.** Наличие диагноза психического расстройства связано с увеличенным риском самоубийства¹⁵. Риск самоубийства для несовершеннолетних с психическими расстройствами в 5-15 раз выше, чем без психических расстройств¹⁶. Наиболее распространенными диагнозами являются тревожно-депрессивные расстройства (32-47%), шизофрения (15-20%), алкогольная зависимость (8-17%), расстройства личности (15-20%) и лекарственная зависимость (3-9%)¹⁷. Тревожные расстройства также в значительной степени способствуют риску самоубийства, особенно на пике выраженного, беспричинного страха¹⁸. Частота самоубийств подростков 14-25 лет, страдающих нервной анорексией, в 8 раз превышает таковую в общем населении, особо при сочетании с диссоциальным, пограничным, истерическим и нарциссическим расстройствами личности¹⁹. Расстройство пищевого поведения связано с повышенным риском тяжелых попыток самоубийств²⁰.

У подростков моложе 12 лет совершивших самоубийство только в 25% выявлялись психические расстройства, а в 30% перед совершенным самоубийством наблюдались лишь отдельные депрессивные симптомы²¹.

- **Семейные факторы**

а) психические заболевания у ближайших родственников, а также суицидальные попытки в семейной истории;

б) стиль воспитания, известный как «контроль без привязанности» увеличивает риск развития суицидального поведения²²;

в) низкий социально-экономический статус и образовательный уровень, наличие нетрудоустроенных членов семьи и, как следствие, недостаточная интеграция ребёнка в социум;

г) хронические конфликты в семье, частые ссоры между родителями (опекунами), недостаток внимания и заботы о детях в семье, недостаточное внимание к состоянию ребёнка (например, из-за нехватки времени);

д) алкоголизация, наркомания или другие виды антисоциального поведения родителей;

е) проживание (по разным причинам) без родителей.

- **Сексуальная ориентация и гендерная идентичность.** Несовершеннолетние

¹⁴ Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempt, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med.* 2016;46:225-36. [PMCID: free article]

¹⁵ Nordsenoff M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68:1041-1048-1064. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113

¹⁶ Windfuhr K, Kapur N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. *Br Med Bull.* 2011;100:101-121. doi:10.1093/bmb/ldr042

¹⁷ Várnik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9(3):60-77. doi:10.3390/ijerph903060

¹⁸ Yassen ZS, Chartrand H, Mojtaba R, Bolton J, Galyuker II. Fear of dying in panic attacks predicts suicide attempt in comorbid depressive illness: prospective evidence from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety.* 2013;30(10):930-939. doi:10.1002/da.22039

¹⁹ Pompili M, Mancinelli L, Girardi P, et al. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2004; 36 (1): 99-103.

²⁰ Borowsky LW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics.* 2001; 107: 485-493.

²¹ Freuchen A., Kjelsberg, E. Lundervold, A. J., Se Groholt, B. (2012) Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health.* 6(1) 1-12. doi 10.1155/1753-2000-6-1

²² Goschis S., Briggs, J., Blanco-Lutzen, S., Cohen, I. J., & Galyuker, I. (2013). Parental affectionless control and suicidality. *Journal of Affective Disorders.* 151. 1-6.

нетрадиционной ориентации, подвержены большему риску самоубийства, чем их сверстники, за счет депрессивных состояний, переживаний безнадежности, злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами, а также частой подверженности сексуальному насилию²³.

Стрессовые события (триггеры) и суицидальное поведение

Более половины опрошенных родителей, у которых ребенок покончил с собой сообщили, что он пережил какой-то стрессовое событие или конфликт в ближайшее время до смерти.

- *Острые конфликты между родителями и детьми* являются наиболее частыми причинами самоубийств у детей, а повешение - наиболее частый способ²⁴.

- *Сексуальное, физическое и эмоциональное насилие*. Сексуальное и эмоциональное насилие вносят больший вклад в развитие суицидального поведения по сравнению с физическим насилием или пренебрежением в семье²⁵. Жестокое обращение с детьми влияет на мальчиков и девочек по-разному, и различия наиболее выражены в отношении сексуального насилия²⁶. Мальчики, подвергшиеся физическому насилию, имеют более высокий риск попыток самоубийства по сравнению с девочками, подвергшимися физическому насилию²⁷.

- *Крушение романтических отношений, разлука или ссора с друзьями*. Недавнее романтическое расставание в течение последних трех месяцев, одно из наиболее критических событий, приводящее к самоубийству²⁸. Более половины событий связанных с конфликтом отношений происходят за последние 24 часа до самоубийства²⁹.

- *Запугивание, издевательства (буллинг) со стороны сверстников*. Взаимосвязь между запугиванием, унижением и риском самоубийства зависит от пола и по-разному влияет на жертв и преступников³⁰. Буллинг редко является единственным фактором, способствующим суицидальному поведению.

- *Нежелательная беременность, аборт, заражение болезнью*, передающейся половым путем зачастую являются пусковым механизмом к

²³ Haas AP, Ehsen M, Mays VM et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *J Homosexuality* 2010;58(1):10-31. [PubMed]

²⁴ Sook R, Nivri K, & De Leo D (2014). Factors related to childhood suicides. Analysis of the Queensland Child Death Register. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(5), 293-300. <https://doi.org/10.1027/cris.2014.0050293>

²⁵ Miller, A. B., Esposito-Santoro, C., Westmore, J. T., & Reunhow, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146-172. doi: 10.1007/s10567-013-0131-5

²⁶ Bagley, C., Bolitho, F., & Barrand, L. (1995). Mental health profiles, suicidal behavior, and community sexual assault in 2112 Canadian adolescents. *Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 16, 126-131.

²⁷ Rosenberg, H. J., Jankowski, M. K., Sengupta, A., Wolfe, R. S., Wolford, G. L., & Rosenberg, S. D. (2005). Single and multiple suicide attempts and associated health risk factors in New Hampshire adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(5), 547-557.

²⁸ Heikkinen, M., Aro, H., & Lonnqvist, J. (1992). The partners' view on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 85(5), 380-384. doi:10.1111/j.1600-447.1992.

²⁹ Martunen, M. J., Aro, H. M., & Lonnqvist, J. K. (1993). Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2(1), 10-15. doi:10.1007/BF02098226

³⁰ Cook, C., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25, 65-83. 10.

развитию кризисного состояния с суицидальными тенденциями:

- *Частые переезды* в раннем детстве в возрасте 11-17 лет, независимо от наличия родительского конфликта, также могут усиливать суицидальный риск³¹.
- *Недавно выявленное психическое расстройство*. Риск самоубийства в течение 3 месяцев после постановки диагноза в 10 раз выше при депрессии и расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ. Таким образом, врачи должны знать о повышенном риске суицида и суицидального поведения в течение первых 3 месяцев после первоначального диагноза³². Повышенный риск попыток самоубийства сохраняется в течение первого года после постановки диагноза тяжелой депрессии и тревожных расстройств.
- *Распад семьи, развод* или уход одного из родителей из семьи, смерть одного из членов семьи.

Факторы, обеспечивающие защиту от суицидального поведения

- *Семья*: хорошие, сердечные отношения, поддержка со стороны родных.
- *Личностные факторы*: развитые социальные навыки, уверенность в себе, умение обращаться за помощью к окружающим при возникновении трудностей, открытость к мнению и опыту других людей, к получению новых знаний, наличие религиозно-философских убеждений, осуждающих суицид.
- *Социально-демографические факторы*: социальная интеграция (включенность в общественную жизнь), хорошие отношения в школе с учителями и одноклассниками.

Признаки кризисного суицидального состояния

Переживания на которые необходимо обратить внимание:

- *переживание социального поражения или личного унижение* чаще возникает у подростков при невозможности оправдать ожиданий родителей в ситуации буллинга:
 - *переживание себя как бремени для других*, первую очередь для родителей. Наиболее часто встречающееся и мучительное переживание. Является независимым предиктором суицидальных мыслей в различных выборках, вне зависимости есть ли заболевание или нет;
 - *переживание безысходности*, подростки говорят, что чувствуют «себя в ловушке своих несчастий», «с закрытой дверью», «страдание без возможности побега», которое создает муку, которая вызывает самоубийство.

³¹ Qui, R, Mortensen, P. B., Pedersen, C. B. Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(6), 628.

³² Randall JR, Dolan D, Wilson ML, Pelmar K. Suicidal behaviour and related risk factors among School-aged youth in the republic of Benin *PLoS One*. 2014;9(2): e85233.

Чувство окончательности попадания в невыносимые страдания приводит к возникновению *синдрома суицидального кризиса*, проявляющегося в следующих симптомах:

- *в эмоциональной сфере*: эмоциональное страдание, «душевная боль», тотальная безрадостность (острая ангедония), интенсивный беспричинный страх;
- *в когнитивной сфере*: фиксация на переживаниях, событиях приведших к кризисному состоянию, невозможность переключиться на позитивные события;
- *в поведении*: значительное снижение социальной активности, избегание связей с близкими;
- *в соматической сфере*: хронические болезненные ощущения в теле, нарушения всех фаз сна;
- *психосенсорные расстройства*: ощущение измененности себя и окружающего мира (деперсонализация-дереализация), болезненное психическое бесчувствие, выражающаяся в словах «я не живу, я существую», «я стал как робот».

**Профилактика суицидального поведения подростков.
Первичная профилактика или превенция**

Первичная профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних должна стать приоритетным направлением деятельности в области здравоохранения и государственной политики, а осведомленность о самоубийствах как о проблеме общественного здравоохранения должна повышаться с использованием многомерного подхода, учитывающего социальные, психологические и культурные последствия³³.

Основная цель профилактики суицидального поведения подростков – уменьшение факторов риска и противодействие им. В России подростки (несовершеннолетние) представляют возрастную группу до 17 лет под защитой государственных органов и официальных опекунов (родителей, близких, попечителей), гарантирующих заботу, защиту и охрану жизни и здоровья. Подростки как особая социально уязвимая группа подпадают под Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 N 124-ФЗ. В Распоряжении Правительства РФ от 18 сентября 2019 г. N 2098-р утвержден комплекс мер до 2020 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних, включающий, в частности, разработку методических рекомендаций по профилактике суицидального поведения, выявлению ранних суицидальных признаков у несовершеннолетних; проведение обучающих семинаров, лекций для педагогов, школьных врачей и педагогов-психологов, сотрудников подразделений по делам несовершеннолетних, других специалистов, занятых работой с несовершеннолетними, с участием врачей-психиатров по вопросам организации

³³ Preventing global suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014_en

7

профилактики суицидального поведения³⁸. Отмечается необходимость предоставления дополнительной информации и обучение в области кризисного консультирования³⁹. Наиболее актуальные вопросы связаны с применением стандартизированных методик направленных на выявление суицидального поведения, оказание кризисной психологической помощи, организации медико-психологических мероприятий в образовательной организации после суицида обучающегося⁴⁰.

Первичная профилактика: работа с родителями

Три главные мысли, которые нужно донести до родителей:

- ✓ То, что взрослому кажется пустяком, для ребёнка может быть поводом для очень серьёзных душевных переживаний (примеры).
- ✓ У подростков ещё недостаточно жизненного опыта для конструктивного решения проблем, им может показаться, что уход из жизни – лучший выход из кризисной ситуации.
- ✓ Родители могут помочь своему ребёнку, если вовремя заметят у него признаки кризисного состояния и поговорят с ним. Дети очень редко напрямую просят им помочь или поговорить с ними, гораздо чаще они делают это косвенным образом, поэтому будьте внимательны к состоянию своего ребёнка и проявляйте искреннюю активную заинтересованность в его жизни.

Вторичная профилактика или интервенция

Поддержка лиц, переживающих кризисы, ориентированная на решение актуальных проблем подростка. Основная цель вторичной профилактики – помочь человеку с выявленными суицидальными намерениями найти выход из сложившейся ситуации и стабилизировать психологическое состояние. Целями мероприятий для подростков, склонных к суицидальному поведению, можно представить как уменьшение дистресса (разрешение актуального кризиса) и предотвращение развития суицидальных намерений⁴¹, через поддержку и поощрение приверженности к лечению. Психотерапия сосредоточена на выявлении триггеров развития суицидального поведения для планирования эффективного совладания с такими ситуациями в будущем.

³⁸ Stone D. M., & Crosby, A. E. Suicide Prevention. American journal of lifestyle medicine. 2014. 8(6), pp. 404–420. doi:10.1177/1559827614551130

³⁹ Stuldo S., Leber, T., Friedrich, A., Sundman, A., Cunningham, J., Saar, B., & Schatzberg, T. Improving School Psychologists' Knowledge and Confidence Pertaining to Suicide Prevention through Professional Development. Journal of Applied School Psychology. 2010. 26(3), pp.177–197.

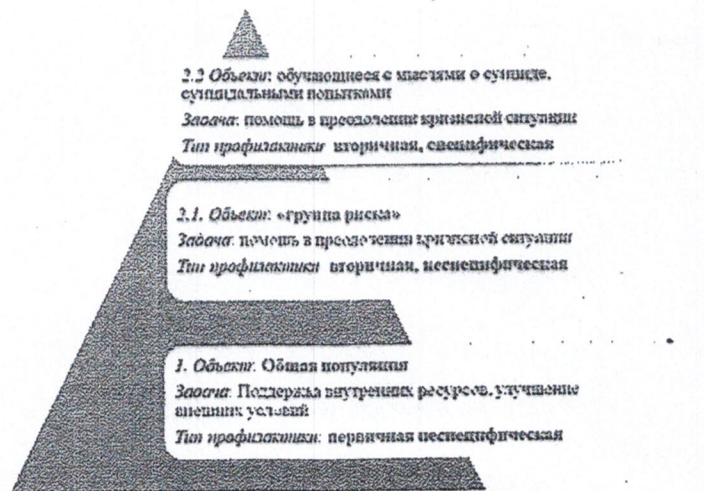
⁴⁰ Nickerson, A. B., & Zhe, E. J. Crisis Prevention and Intervention: A Survey of School Psychologists. Psychology in the Schools. 2004. 41(1), pp. 777–788. <http://dx.doi.org/10.1002/pits.20017>

⁴¹ Esposto-Smythers C., Goldston D. Challenges and opportunities in the treatment of adolescents with substance use disorders and suicidal behavior. Substance Use. 2008. 29(2):5–17. [PMID:1825126]

Третичная профилактика или поственция

Помощь, которая оказывается людям, уцелевшим после попытки самоубийства и их окружению, а также направлена на социально-психологическое сопровождение окружения близких погибшего от суицида и предотвращение волны подражательных суицидов. Цели и этапы оказания кризисной психологической помощи после совершенного в образовательной организации суицида: снижение интенсивности острых стрессовых реакций у пострадавших (учащиеся и их родители, педагоги, администрация образовательного учреждения), оптимизация их актуального психического состояния, профилактика возникновения негативных эмоциональных реакций и повторных суицидов.

Рис. 1 Объект и задачи при разных типах профилактики



Uppinen M., Hakonen J., Rautava M. Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: Goals, Implementation and Evaluation, 1999.



РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ РЕБЕНКА, СОВЕРШИВШЕГО ПОПЫТКУ СУИЦИДА

Дорогие родители!

- ✓ Если Вы держите в руках этот буклет, возможно, вашему ребенку сейчас потребовалась помощь врачей.
- ✓ Первое и самое важное: Ваш ребенок жив!
- ✓ Второе и тоже важное: чтобы поправиться, ребенку необходима поддержка, любовь и забота его самых близких людей, т.е. Вас.
- ✓ Врачи сделают всё возможное, чтобы восстановить физическое здоровье ребенка.
- ✓ Чтобы поправиться полностью, необходимо восстановить психологическое здоровье и душевное спокойствие Вашего ребенка и Вас.
- ✓ Пожалуйста, обязательно придерживайтесь правильного режима дня – ваши силы сейчас очень важны и для Вас, и для Вашего ребенка.
- ✓ Пока ребенок находится под присмотром врачей, у Вас есть возможность успокоиться, собраться с мыслями и продумать следующие шаги.

Мы готовы оказать психологическую помощь.

В конце буклета вы найдете контакты, куда можно и нужно обращаться в этой ситуации.

Попытка самоубийства - это сигнал SOS

Попытка самоубийства - это реакция на проблему, которую ребенок видит непреодолимой, это крик о помощи. Даже если Вам эта проблема кажется надуманной, а действия ребенка – шантажными, суицидальная попытка говорит о том, что других способов справиться с ситуацией он не находит. Это не значит, что ребенок «плохой», это значит, что ему сейчас плохо, и ему необходимо помочь.

Почему необходимо обратиться за помощью к психиатру, психологу

Попытка прекратить жизнь – это крайняя степень отчаяния, одиночества, невыносимости ситуации, «страдания, которые больше невозможно выносить». Если уделить внимание только физическим последствиям попытки суицида: раны, травмы и т.д., то психологические причины так и останутся без

10

внимания. Возможно, кризис не разрешится, а социальная попытка может повториться, а значит, угроза жизни ребенка сохраняется.

Обращение за помощью к психиатру, психологу – это не слабость и стыд. Это наш с Вами выбор, выбор неравнодушного и ответственного человека.

Способы помощи

Наиболее эффективна комплексная психолого-психиатрическая работа с ребенком и членами его семьи.

Психологическая помощь необходима в решении сложностей в следующих сферах:

- ✓ семейные взаимоотношения;
- ✓ сложности в школе: учеба, отношения со сверстниками, учителями;
- ✓ потеря близких людей, разрыв отношений;
- ✓ ощущение безнадежности, никчемности;
- ✓ болезнь и хроническая боль;
- ✓ физическое или сексуальное насилие (часто скрывается);
- ✓ вопросы сексуальной ориентации.

Психиатрическая помощь необходима в решении сложностей в следующих сферах:

- ✓ злоупотребление алкогольными напитками и/или психоактивными веществами, в том числе подозрение на их прием;
- ✓ психические расстройства (эмоциональная неустойчивость с частыми беспричинными сменами настроения, раздражительность, снижение познавательной деятельности, ухудшение памяти, забывчивость, общее снижение энергетического потенциала, нарушения сна);
- ✓ тяжелые последствия психотравмирующих событий (изменение характера и привычек ребенка после перенесенной травмы, эмоциональная отчужденность от близких, нежелание обсуждать и говорить о произошедшем, чувство вины из-за случившегося горя).

Психическое расстройство необходимо своевременно диагностировать и лечить, а сочетание медикаментозного лечения и психотерапии может приводить к максимально положительным и устойчивым результатам.

Как общаться, чтобы слышать друг друга

Для ребенка в кризисной ситуации нет ничего хуже чувства, что его никто не понимает и он никому не нужен. Ему необходимо дать понять, что он не одинок. Беседуйте с ним и проявляйте заботу о нем.

- ✓ Всеми своими действиями показывайте, что вы прислушиваетесь к его словам и понимаете серьезность испытываемой им боли.

- 11
- ✓ Дежурные фразы о том, что «все не так уж плохо» и «все наладится» не помогают: слыша их, ребенок чувствует, что вы не понимаете и не хотите выслушать его.
 - ✓ Вместо общих фраз лучше сказать: «Ты не одинок. Я готов внимательно тебя выслушать и помочь тебе» или «Возможно, я не способен до конца понять твои чувства, но я твердо знаю, что готов сделать все возможное, чтобы помочь тебе». «Я ни в коем случае не хочу потерять тебя, давай попробуем вместе справиться».
 - ✓ Нет необходимости говорить много, иногда можно вообще обойтись без слов. Просто побудьте рядом и выслушайте рассказ о том, что чувствует Ваш ребенок, в чем он сейчас нуждается, как он видит свое будущее.
 - ✓ Избавьтесь от отвлекающих факторов (выключите телевизор и компьютер), чтобы вас ничто не отвлекало от беседы. Но держите под рукой телефон на случай, если придется вызвать помощь.

Выслушайте ребенка

Если подросток пребывает в расстроенных чувствах, признается, что думает о самоубийстве, и выказывает различные тревожные признаки, не оставляйте его наедине с самим собой. Побудьте с ним, поговорите и внимательно выслушайте.

Наиболее опасные симптомы

- ✓ Если в беседе высказывает намерения покончить с собой и говорит, что у него есть план как это сделать.
- ✓ Если жалуется на чувство безысходности, говорит, что он «не живет, а существует», мечется и может найти успокоение.
- ✓ Если в поведении прослеживается нарастающая замкнутость, желание уединиться, избавиться от Вашего присутствия, куда-либо уехать, уйти.
- ✓ Если Ваш ребенок, говорящий ранее о своих страданиях, путавший Вас суицидальными идеями, вдруг становится спокойным, тихим, а иногда и радостным, это может означать, возможно, он принял решение о самоубийстве.

Если Ваш ребенок не идет на контакт, попросите его ответить на следующие вопросы

- ✓ Тебе сейчас плохо?
 - ✓ Нужна ли помощь другого человека?
 - ✓ Могу ли я пригласить кого-либо из твоих друзей?
 - ✓ Я могу вызвать врача?
 - ✓ Ты можешь поговорить со мной, через некоторое время?
 - ✓ За это время ты не станешь причинять себе вред?
- Если эти вопросы не помогают разговаривать Вашего ребенка, возможно, необходимо обратиться в службу скорой помощи

КУДА ОБРАЩАТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ.

Бесплатные анонимные телефоны доверия

- **ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.**

Горячая линия помощи. Круглосуточно **8 (495) 637-70-70**

Горячая линия по вопросам домашнего насилия **8 (495) 637-22-20**

Контактный e-mail по вопросам COVID-19 covid-19@serbsky.ru

- **Всероссийский Детский телефон доверия (бесплатно, круглосуточно)
8-800-2000-122**

Психологическое консультирование, экстренная и кризисная психологическая помощь для детей и подростков в трудной жизненной ситуации и их родителей.

- **«Детский телефон доверия» Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета (бесплатно, круглосуточно)
8 (495) 624-60-01**

- **Телефон доверия неотложной психологической помощи (Московская служба психологической помощи населению) (бесплатно, круглосуточно)
051 (с городского телефона)**

8-495-051 — с мобильного телефона (МТС, Мегафон, Билайн) — услуги оператора связи оплачиваются согласно тарифному плану

Психологическое консультирование взрослых по различным вопросам: острые кризисные ситуации, вопросы личностного развития, семейные или профессиональные проблемы.

- **Горячая линия «Дети ОНЛАЙН» (бесплатно, с 09:00 до 18:00 по рабочим дням)
8-800-250-00-15**

Консультирование взрослых по вопросам: как оградить детей от негативного контента, преследования, шантажа, домогательства в Интернете.

- **Горячая линия Центра экстренной психологической помощи МЧС России (бесплатно, круглосуточно)
8 (495) 989-50-50**

8 (499) 216-50-50 (при звонке из другого города или страны оплачивается междугородняя связь)

Психологическое консультирование взрослых по различным вопросам: острые кризисные ситуации, вопросы личностного развития, семейные или профессиональные проблемы.

- **Единый номер спасения: 112**

Город Новодвинск

Психологическая помощь:

1. Педагоги — психологи МОУ «СОШ №4» (структурное подразделение — Центр «Гармония»), адрес: г. Новодвинск, ул. Космонавтов, д. 4, корп. 1, тел. 8(81852) 4-25-13;
2. Психолог ГБУ СОН АО «Новодвинский КЦСО» Корешкова Марина Анатольевна, адрес: г. Новодвинск, ул. Фронтовых бригад, д. 5, тел. 8(81852) 5-89-14;
3. Педагог-психолог МОУ «СОШ №1» Аникеева Анастасия Сергеевна;
4. Педагог-психолог МОУ «СОШ №2» Рахович Ася Александровна;
5. Педагог-психолог МОУ «СОШ №3» Серегина Светлана Анатольевна;
6. Педагог-психолог МОУ «СОШ №4» Матох Татьяна Вениаминовна;
7. Педагог-психолог МОУ «СОШ №6» Демьянкова Мария Викторовна;
8. Педагог-психолог МОУ «СОШ №7» Доля Яна Валерьевна;
9. Педагог-психолог МОУ «Новодвинская гимназия» Иванова Александра Алексеевна.
10. Психолог детской поликлиники ГБУЗ АО «Новодвинская ЦГБ» (запись в регистратуре).